Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door | **Telefoonnummer** | **E-mailadres** | **Kenmerk** 49247/63705

Onderwerp
Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013

Datum
8 augustus 2013

Mevrouw de Minister,

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013 aan. De marktscan geeft de stand van zaken op de zorgverzekeringsmarkt in de periode 2009-2013 weer. Deze marktscan omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de uitkomsten daarvan. Deze marktscan wordt periodiek uitgevoerd zodat de NZa de werking van het zorgverzekeringsstelsel kan toetsen aan de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Deze brief gaat in op de opvallendste zaken uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013.

De indicatoren uit de marktscan schetsen over het algemeen het beeld van een goed werkende zorgverzekeringsmarkt. Hieronder gaan wij in op de belangrijkste bevindingen.

Toegankelijkheid
De zorgverzekeringsmarkt is voldoende toegankelijk. Zo stappen verzekerden steeds makkelijker over en is het aantal overstappers in 2013 toegenomen tot 8,3 procent. De NZa heeft geen signalen ontvangen over schending van acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet. De basisverzekering is dus toegankelijk voor iedereen. Ook de aanvullende verzekering, waarvoor wel acceptatievoorwaarden gesteld mogen worden, is zeer toegankelijk. Tot slot is de zorgverzekeringsmarkt ook voor nieuwe zorgverzekeraars toegankelijk. Naar verwachting zal Anno12 in 2014 toetreden, als nieuwe zorgverzekeraar.

Betaalbaarheid
Zorgverzekeraars spannen zich in om de zorg betaalbaar te houden. Zo zetten zij de in 2012 behaalde winsten op zorginkoop, zoals bij de farmacie, onder meer in om de premies voor 2013 laag te houden. Hiermee wordt de groei van de nominale betalingen voor 2013 beperkt tot € 49,- per premiebetaler per jaar. Enerzijds leiden de verhoging van het verplichte eigen risico, de geraamde stijging in zorguitgaven en de veranderingen in het verzekerde pakket, zoals de verschuiving van € 30,- aan kosten van geriatrische revalidatie ad € 0,8 miljard uit de AWBZ naar de Zvw, tot een kostenstijging van €166,-. Anderzijds leidt een verlaging van de daadwerkelijk door de zorgverzekeraars in rekening gebrachte opslagpremie tot een daling van de nominale betalingen van gemiddeld € 117,-. In 2012 hebben zorgverzekeraars een voorlopige winst behaald van 3% van de totale schadelast. Bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt mag verwacht worden dat ook behaalde winsten over 2013 ten gunste van de verzekerden zullen komen via de premiestelling 2014.

Kwaliteit
Zorgverzekeraars nemen hun verantwoordelijkheid voor een goede informatievoorziening aan verzekerden. Aandachtspunt in het transparantietoezicht van de NZa is de informatieverstrekking over niet gecontracteerde zorg. Uit signalen die zijn ontvangen blijkt dat met name de mondzorg een aandachtspunt was in 2012. In de praktijk bleek dat sommige zorgverzekeraars weigerden de nota's van mondzorg volledig te vergoeden omdat de gedeclareerde kosten hoger waren dan de prijzen op de vergoedingslijsten die de zorgverzekeraars zelf hadden opgesteld. Zorgverzekeraars mogen niet een van-te-voren zelf opgestelde lijst met (maximum) vergoedingen hanteren bij een restitutiepolis. Zij moeten in concrete gevallen beoordelen of een tarief excessief is of niet. Daarnaast bleek dat sommige zorgverzekeraars te weinig aanbieders hadden gecontracteerd. Op grond van hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars voor een natura-aanspraak voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars die te weinig aanbieders hebben gecontracteerd moeten de volledige kosten van de zorg vergoeden. De NZa sprak deze zorgverzekeraars hierop aan. Deze problemen zijn daarna door deze zorgverzekeraars opgelost.

Naast dit positieve beeld van de zorgverzekeringsmarkt zijn er de volgende aandachtspunten:

Besparingen consumenten
Ondanks dat zorgverzekeraars de premies scherp stellen in 2013 proberen verzekerden meer dan in eerdere jaren op hun zorgverzekering te besparen. Zij richten zich met name op lage premies en nemen een beperkte vergoeding voor niet gecontracteerde zorg, een hoger eigen risico en minder dekking in de aanvullende verzekering voor lief.

Selectieve zorginkoop

In sectoren waar zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn, investeren zij in selectieve zorginkoop. Denk aan het preferentiebeleid in de farmacie. In de ziekenhuiszorg begint selectieve zorginkoop van de grond te komen. Hierbij speelt mee dat de ex post compensaties pas in 2012 zijn afgeschaft en zorgverzekeraars daardoor toen pas echt risicodragend zijn geworden.

Het is wenselijk dat door de zorgverzekeraars meer wordt ingezet op inkoop op kwaliteit en ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Vanwege het belang van dit onderwerp voert de NZa in 2013 een verdiepende monitor zorginkoop uit.

Voor meer selectieve inkoop en voldoende keuzevrijheid tussen polissen is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars geen vergoeding hoeven te geven wanneer een verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder wil. De huidige regelgeving geeft zorgverzekeraars onvoldoende ruimte omdat zij nog altijd een door henzelf te bepalen vergoeding moeten geven voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. In verband hiermee zijn de recente uitspraken van de kortgedingrechter in Breda en het gerechtshof van Den Bosch in de zaak CZ-Momentum van belang. In deze zaak besliste de rechter dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg op grond van artikel 13 Zvw niet zo laag mag zijn, dat deze een hinderpaal vormt om de niet-gecontracteerde zorg te betrekken. Gelet hierop acht de NZa het van belang dat de bij het parlement ingediende wijziging van artikel 13 van de Zvw snel van kracht wordt. Met deze wijziging krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid in de polis voor in natura verzekerde zorg op te nemen dat geen vergoeding wordt gegeven als de verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Ook voor de keuzeinformatie van de verzekerde is dit wetsvoorstel van belang (zie hierna).

Keuze informatie overstappers

Op het moment dat consumenten een nieuwe polis kunnen kiezen, is het van belang dat zij weten welke zorg vergoed wordt en dus bij welke polis welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en welke niet. Daarvoor is het noodzakelijk dat het contracteermoment tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt vervroegd. Zorgaanbieders moeten in hun informatieverstrekking transparant zijn over hun (passanten)tarieven wanneer zij geen contract hebben met een zorgverzekeraar. Voor de patiënt moet voorafgaand aan de behandeling duidelijk zijn of de zorgaanbieder een contract heeft met zijn zorgverzekeraar en wat dat kan betekenen voor de vergoeding van het in rekening te brengen tarief. Het hierboven genoemde wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 Zvw voorziet erin dat zorgverzekeraars voortaan 6 weken voor aanvang van het nieuwe polisjaar bekend moeten maken welke zorg bij welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd, en wat de (vergoedings-)consequenties zijn voor behandelingen door zorgaanbieders waarmee op dat moment nog geen contract is afgesloten.

Conclusie

Alles overziend zijn wij positief over de werking van de zorgverzekeringmarkt. We zullen naar aanleiding van de hierboven beschreven aandachtspunten in ons toezicht extra aandacht besteden aan de betaalbaarheid (extra aandacht voor fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik en correct declareren) en aan goede informatieverstrekking door zorgverzekeraars en zorgaanbieders, met name in de overstapperiode.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T. W. Langejan
Voorzitter Raad van Bestuur